

薬剤誤投与事故

(2003年10月)

- 救急外来で患者が急変し、担当医がリドカインの静脈注射(リドクイック2%)を想定して「キシロカイン半筒」と看護師に口頭指示。
(S病院では、2年前より、リドカイン10%を病棟から撤去していたが、救急外来は例外としていた)
- 看護師が(疑問に感じながらも確認せず)「点滴用キシロカイン10%」0.5アンプルを静注した。

17

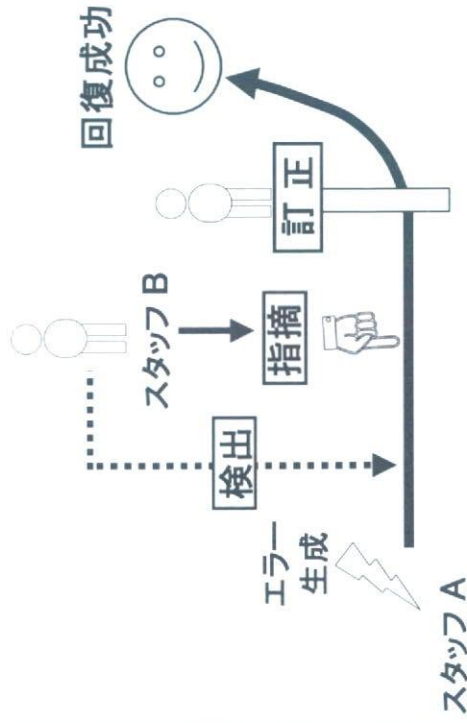
B エラーを回復する

エラー回復過程 (Sasou & Reason, 1999)

- ① 検出(見つける)
チームの誰かがエラーを見つける
- ② 指摘(伝える)
エラーを起こした本人に伝える
- ③ 訂正(改める)
本人がエラーを改める

18

Sasou, K. Reason, J. 1999
Team errors: definition and taxonomy.



19

- 疑問や不安があるときは、質問すること
- 間違っていると感じたら指摘する(間違っている伝える)こと

は必要なことだが……

- 伝えにくいと感じることがありますか?
- どんな状況のときに伝えにくいですか?
- 伝えにくいときに、どうしていますか?

20

エラーを見つけても伝えられない要因

- 立場の違いによる遠慮
地位や立場が上の者に遠慮してしまう
- 過度の職業的礼儀
担当業務の範囲を気にして遠慮してしまう

21

エラーの指摘をためらう理由は？

487名の看護師の自由記述の回答をKJ法で分類(山内ら2003)

- 1 間違いへの確信が持てない
- 2 人間関係の悪化が心配
- 3 立場の違いがある
- 4 現在の人間関係
- 5 どんな間違いか
- 6 その時の状況

22

「エラー回復」を促進するために

どうすればいいのか？

- (1) チームで防ぐという考え方を持つ
- (2) アサーティブにエラーを指摘するスキルを持つ
- (3) 患者と共にエラーを防ぐ

23

(1) チームで防ぐという考え方を持つ

- ☆ エラーの指摘は、非難や「揚げ足取り」ではなく、「チームプレー」、「役割」と捉える
- ☆ 間違っていたら教えて欲しいことを伝える
- ☆ 指摘への受容性「見つけてくれて良かった」

24

(2)アサーティブにエラーを指摘するスキルを持つ

アサーティブなコミュニケーションとは

自分の欲求、考え、気持ちを、率直に正直に
自分にも相手にも適切に表現すること

25

三つの対人関係の持ち方

「非主張的」相手優先

You are OK. I'm not OK.

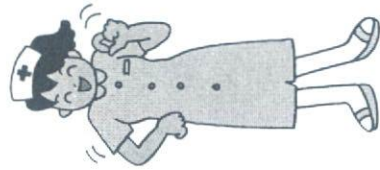
「攻撃的」自分優先

I'm OK. You are not OK.

「アサーティブ」

自分を優先し、相手も考慮

I'm OK. You are OK.



26

例) 伝達された指示内容に 疑問があるとき

上司の指示に対して、疑問を感じて、確認
したいと思うとき、相手にどう気持ちを伝え
ますか？



27

「すみません。今は忙
しいので……」



はい、わかりま
した……

疑問があると言えず、他の理由をつける。
自分の考えや欲求を抑えて言わない。
相手に分かりにくい遠まわしの言い方をする。

非主張的（相手優先、自分は後回し）

You are OK. I'm not OK.

28

そんな指示はおかしいんじゃないですか

できません！



人を踏みにじって大切にしない。
相手の意見を無視、軽視し、
相手に対して否定的感情や敵意を示す。

攻撃的（自分優先，人を大切にしない）

I'm OK. You are not OK.

29

指示の内容がよく理解できませんでした。
もう少し説明していただけますか。



率直，正直に自分の思いを語り，
しかも相手の思いを語るスペースを残す。
丁寧にはっきりと自分の気持ちを伝える。

アサーティブ

（自分を優先し，相手のことも十分考慮する）

I'm OK. You are OK.

30

チームで仕事をやる仕事の間ではアサーティブなコミュニケーションが必要

言いにくい関係 → 業務に支障

特に、エラーの指摘・訂正を妨げる

非主張的な人 → 少しでもアサーティブに

自分は何でも言えると思っている人

→ 攻撃的になっていないだろうか？

31

アサーティブなコミュニケーションの権利

根拠があいまいなまま業務を行わないために、
適切に自分の意見を述べたり、質問したりする
ことは、看護師としてのあなたの権利であり、
責務でもある。

32

具体的なスキル

I (私)メッセージを使う

例えば、

「You」メッセージ

：「あなたは間違っています」

⇒相手の人格批判になり受け入れにくい

「I」メッセージ

：「私はその意見に賛成ではありません」

⇒自分の気持ちを伝える

33

(3) 患者と共にエラー・事故を防ぐ

『人は誰でも間違える』(IOM2000)

★「(薬剤事故の防止のために)多くの医療現場でほとんど活用されないままになっている重要な資源は患者である」

患者が医療行為をモニターすることができれば防ぎうる事故がある。

そのために医療者は、患者に適切な情報を提供する必要があります。

34

検査結果放置で腫瘍増殖

遺族が病院などを提訴 2004年9月

➤ 訴えによると、男性は2001年7月、A病院で血液検査を受け、膵臓などのがんを示す結果が出た。9月のCT検査では、放射線科が「膵がんを強く示唆する所見」と報告書を作成した。しかしいずれも、外科の担当医は男性側に伝えなかった。

➤ 男性が11月に結果を聞きに行くと既に腫瘍が増殖し手術ができず02年12月、死亡した。

35

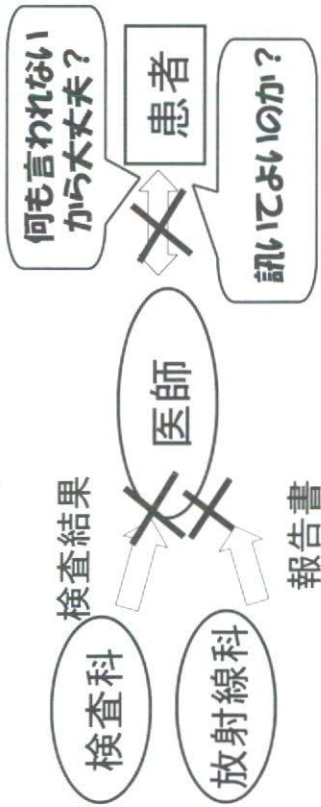
➤ 男性はCT検査の際、担当医に「99・9%大丈夫だと思うが、何かあったら連絡する」と言われ、入院時間で結果を問い合わせなかったという。

➤ 遺族側は「担当医は7月の検査結果を11月まで確認しなかった。早期手術で助かった可能性は高い」と主張している。

(報道より)

36

「コミュニケーション」の視点から考えると・・・



※患者から質問がづらい状況
 ※検査結果は必ず患者自身も確認するという意識の欠如

医療チームのコミュニケーションは

時間や空間の壁 } のために困難
 立場や専門性の壁 }

↑ 事故の一要因に

改善の鍵は

情報共有の仕組みの構築

「チームで事故を防ぐ」という視点
 (チームの一員としての)患者の参加

A = 新たな仕事で発生させたエラー
 B = 防護エラー
 C = 引き継いだ仕事で発生させたエラー

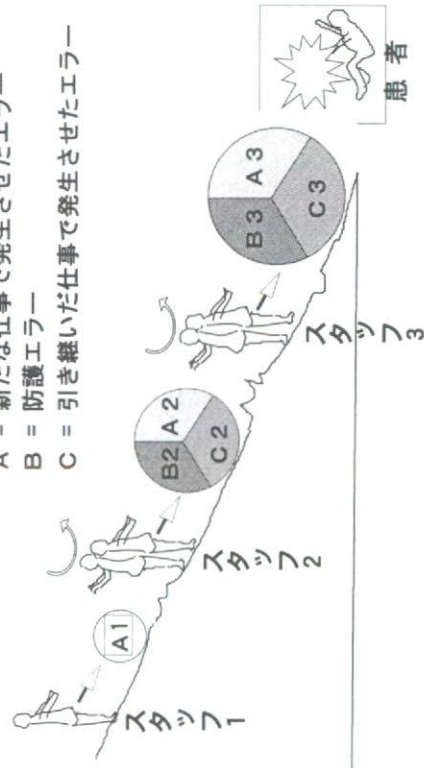


図 医療組織の事故とエラーの連鎖 (スノーボール・モデル)
 山内ら(2000)
 ※斜面のごぼこは、スタッフ間のコミュニケーションの困難さを表現。

おわりに

看護師は・・・

- 医療現場で、多様な人と多くの情報のやり取りをし、送り手、受け手の両方の立場になる。
- チームの情報共有が適切に行われるための重要な役割を担っている。
- 複数の医療者が仕事を引き継ぎながら医療・看護を提供する医療現場で、危険から患者を守る防護壁となりうる。

参考文献

1. 山内桂子・山内隆久：『医療事故—なぜ起こるのか、どうすれば防げるのか』、朝日新聞社、2000。(朝日文庫2005)
2. 山内桂子他 医療事故を防ぐために～「コミュニケーションエラー」「エラー回復」という概念、日本看護協会機関誌『看護』、Vol.56. No.2, p40-61. 2004.
3. 平木典子『アサーション・トレーニング—さわやかな自己表現のために—』日本・精神技術研究所 1993
4. 医学ジャーナリスト協会訳、『人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して』、日本評論社、2000 (Institute of Medicine: To Err is Human)

Ⅱ－7 集合研修 V

医療者・看護師と患者家族とのコミュニケーション

稲葉 一人

安井はるみ

村上紀美子

目標

医療者と患者家族とのコミュニケーションは、受診からケアの過程を通じて行われるが、しばしばそこでの説明・対応や理解の確認が適切でないために、問題化する。また、不測の事態が生じた後は、さらに説明・対応が困難となる。

このセッションで学ぶことで、ケアを提供する場面では、しばしば、コミュニケーションの問題が生じていること、相手の状況に配慮した、確実なコミュニケーションの基本（傾聴、理解の確認を含む）が必要であることに気付くきっかけを与える。

方法

通常の医療看護過程で起こるコミュニケーション現場を、ロールプレイで再現して、患者の気持ち、医療者の意図を理解した上で、対応方策を考え、今後の医療現場での確実なコミュニケーションについて学ぶ。

時間が許せば、事故当事者被害者の話に関する教材(文章、ビデオなど)を活用する

手順

- ① 4名ずつグループになる。1名は患者役、1名は医療者役、1名は患者観察役、1名は医療者観察役となる。
- ② 患者役・観察役には、患者の背景を書いたファクトシートが、医療者・観察役には、事態について書いたファクトシートが配布される。また、会話後の振り返りのワークシートがそれぞれに配布される。相互には見せない。(以上5分)
- ③ 役柄作りの時間(7分)
- ④ 場所を設定して会話(10分)
- ⑤ 各自がワークシートにしたがって、記入する(5分)
- ⑥ 相手方のファクトシートを交換して閲読(3分)
- ⑦ 相互に意見交換(7分)
- ⑧ 各班の代表者から発表(13分)

以上を踏まえてパワーポイントで説明(20分)

ここでの、メッセージには、次のようなことが示されることが必要である。

- ケアの提供の場面では、多くのコミュニケーションの問題が生じていること

- 相手の状況に配慮した、確実なコミュニケーションの基本（傾聴、理解の確認を含む）が必要であること
- 患者当人と、家族など患者周辺の人物のなかのキーパーソンの認定の重要性

事案（ファクトシート案）（概略）

（数パターン用意し受講生の状況に合わせて適宜使用する）

その一例

あなたは、総合病院の医療スタッフです。

比較的若年齢の患者が、脳梗塞を生じ入院し、一時命が危険な状態となったが、現在は一般病棟に移りリハビリテーションを開始し、2日前からリハビリテーション室でリハビリをするようになってきている。しかし、今日は、リハビリ室には降りないと言っていると病棟の看護師さんから連絡があった。そこで、リハビリ室の医療スタッフであるあなたが、患者さんの様子を見に行った。（事例については、岐阜大学医学部医学教育開発センター藤崎和彦教授から教授を賜った）

事故を巡る 医療者と患者家族の論理

医療者・看護師と患者家族との
コミュニケーション講義資料：
稲葉一人

1

医療者の論理と患者の論理

コインの表裏を当てて。勝てば100万円もらえる。
負ければ80万円失う。
1回しかできない場合は、この賭けをするか。
10回できる場合は、この賭けをするか。

医師

患者・家族

2

医療者の論理と患者の論理

- 集団 (one of them)
- 確率
- 合理性
- 個人 (one of one)
- わが身
- 半合理性・非合理性

事故が起こるとこの対立が強く顕在化する。

医学的説明

なぜ息子・娘に

かみ合わない中、信頼関係を損ねる

3

診療行為に関連した患者死亡の届出について (第三者機関)

中立的専門機関の創設に向けて

2004.3.29 4(内科・外科・病理・法医)学会共同声明

4学会合同ワーキンググループ

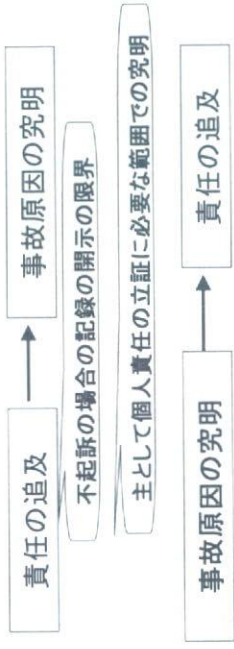
2004.9.30 19学会共同声明

厚生労働省補助事業 モデル事業

2006.4 38学会の協力

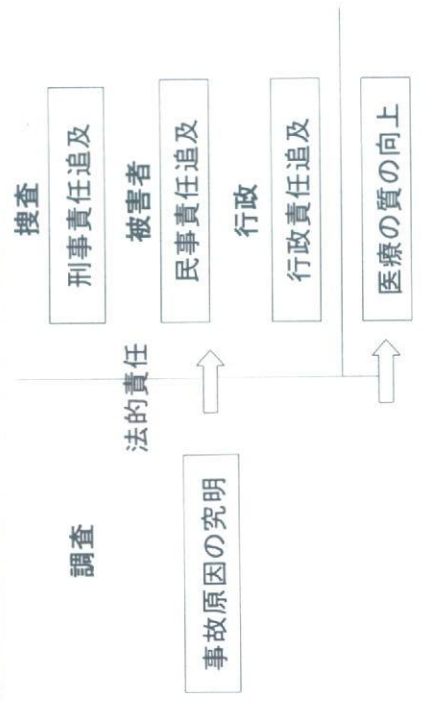
4

責任の追及と事故原因の究明

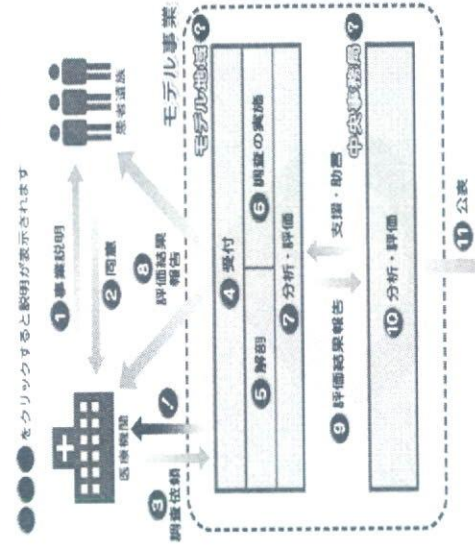


課題1

事故原因の究明の結果を法的責任追及のために利用を許すのか



モデル事業－死因究明型ADR



国民、関係機関、学会、関係省庁

課題2

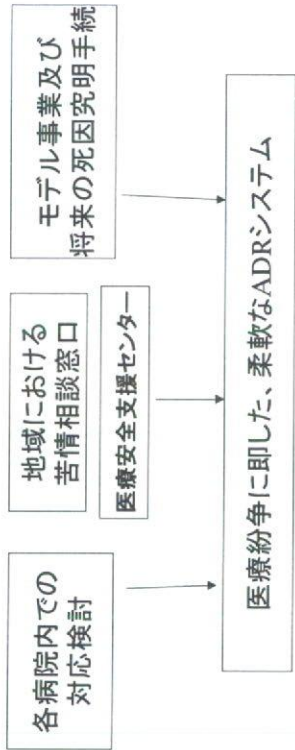
- 死因究明に手間と時間と費用がかかりすぎる
- 死因究明が紛争解決にどのような役割を果たすか
- 死因究明後の対話の手續の欠如
- 被害の補償をどのようにするのか
- 個人的責任と死因究明との関係は不明確

医療安全検討ワーキンググループ 報告書（平成17年5月）

医療事故の届出、原因分析、裁判外紛争処理及び 患者救済等の制度の確立 「将来像のイメージ」

2 医療における苦情や紛争については、裁判による解決のみではなく、医療機関等、患者の身近なところで解決するための仕組み、それが解決しない場合でも、裁判外の中立的な機関で解決を求めることができるという、連続した裁判外紛争処理制度が確立し、短期間で紛争が解決され、患者及び医療従事者双方の負担が軽減されている

Institutional (施設) Regional (地域) National (国) ADR 患者の3つの入り口を結び



医療安全支援センター

- 平成15年4月30日に、「医療に関する患者・家族等の苦情や相談に迅速に対応し、医療機関への情報提供、指導等を実施する体制の整備により医療の安全と信頼を高める」ともに医療機関に患者・家族の苦情等の情報を提供することを通じて、医療機関に對する患者サービスの向上を図ることを目的として、医療安全支援センターを設置する」(医政発第0430003号)とされた。
- そして、改正医療法により08年度から制度化された。2005年10月1日時点で、都道府県47カ所と保健所のある市区46カ所の計93カ所に設置されている
- 2005年度の相談件数は約4万4000件に上った。相談件数は04年度より約2700件増え、内容は医療行為に関する苦情が約25.2%と最も多い。

患者相談窓口

医療安全対策のための医療法施行規則一部改正

- 規則：平成14年（2002年）8月30日
9条の23 3「当該病院内に患者からの相談に適切に対応する体制を確保すること」
平成15年4月1日施行
- ・ 通達：平成14年（2002年）10月7日
特定機能病院内に相談窓口を常設する
① 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及び責任者、対応時間等について、患者等に明示されていること
② 患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規約が整備されていること
③ 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮がなされていること

東京の3弁護士会、医療ADR創設

- 医療紛争を迅速に解決しようとして、東京の3弁護士会は、2007年9月から、医療に詳しい弁護士を仲裁委員に加え、裁判以外の紛争解決（ADR）の枠組みを合同で創設した。
- 損害賠償など法的な責任にとらわれず、医療機関側に事故の再発防止策を確約させるなど、患者側、医療機関側双方が納得できる解決を目指す。
- 東京、第一東京、第二東京の3弁護士会はこれまで患者側から医療紛争の解決の申し立てがあった場合、それぞれ3人の会員から1人を仲裁人に指定していた。今後は3会が医療紛争に関する経験が豊富な弁護士計30人の名簿を各1人ずつ仲裁委員として加え、計3人でよりよい解決策を探る。

13

厚生労働省の施策

診療行為に関連した死亡に係る死因究明のあり方に関する検討会

第一次試案

第二次試案

第三次試案

2008.6.13医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案

14

ADR JAPAN

<http://www.adr.jp/iji.html>

- **ADR機関** [医薬品PLセンター](#)
- **相談機関**
- [ささえあい医療人権センターCOML](#)
- **関連情報**
- [日本医師会](#)
- [日本看護協会](#)
- [日本病院薬剤師会](#)
- [厚生労働省医療安全対策について](#)
- [医療事故調査会](#)
- [\(財\)日本医療機能評価機構](#)

15

病院内ADR

誤解 不満 トラブル もめごと 紛争

医事課

患者相談窓口

相談員

医療コミュニケーションター

院内倫理委員会

医療事故分析委員会

医療メデイエーター
(Mediation)

院外の紛争解決

院内

医学部

看護学科

16

医療紛争 裁判せず解決

ADR 病院と患者 対話の仕組み作り

【東京17日電】医療現場で患者と医師の間で生じた医療事故やトラブルを、裁判に訴えずに解決する仕組みが、全国の病院で広がっている。ADR（Alternative Dispute Resolution）と呼ばれるこの仕組みは、患者と医師の間に生じた問題を、第三者の調停者や仲裁人を通じて話し合いで解決する。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの仕組みは、病院と患者の間に生じた問題を、第三者の調停者や仲裁人を通じて話し合いで解決する。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。



ADRの仕組みは、病院と患者の間に生じた問題を、第三者の調停者や仲裁人を通じて話し合いで解決する。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの種類は、調停、仲裁、和解などがある。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの仕組みは、病院と患者の間に生じた問題を、第三者の調停者や仲裁人を通じて話し合いで解決する。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの種類は、調停、仲裁、和解などがある。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの仕組みは、病院と患者の間に生じた問題を、第三者の調停者や仲裁人を通じて話し合いで解決する。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの種類は、調停、仲裁、和解などがある。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの仕組みは、病院と患者の間に生じた問題を、第三者の調停者や仲裁人を通じて話し合いで解決する。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの種類は、調停、仲裁、和解などがある。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの仕組みは、病院と患者の間に生じた問題を、第三者の調停者や仲裁人を通じて話し合いで解決する。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの種類は、調停、仲裁、和解などがある。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの仕組みは、病院と患者の間に生じた問題を、第三者の調停者や仲裁人を通じて話し合いで解決する。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの種類は、調停、仲裁、和解などがある。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの仕組みは、病院と患者の間に生じた問題を、第三者の調停者や仲裁人を通じて話し合いで解決する。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの種類は、調停、仲裁、和解などがある。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの仕組みは、病院と患者の間に生じた問題を、第三者の調停者や仲裁人を通じて話し合いで解決する。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

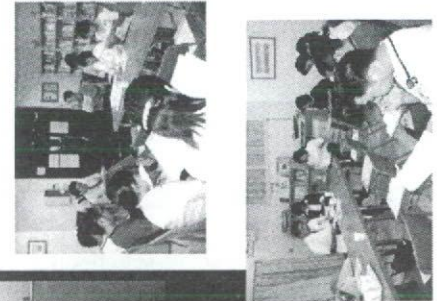
ADRの種類は、調停、仲裁、和解などがある。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

ADRの仕組みは、病院と患者の間に生じた問題を、第三者の調停者や仲裁人を通じて話し合いで解決する。ADRは、訴訟よりも早く、費用も安く、双方の納得が得られるというメリットがある。また、訴訟よりも柔軟な対応が可能で、双方の関係を修復し、今後の医療活動に支障をきたさないという利点もある。

新葛飾病院の試み 私立グループ病院の一つ まず、医療者がRobustな対話 能力をつける

院内ADR研修のテーマ

回	日	題	参加者
0	2006年4月20日	(全職員に対して) 講演	188名
1	2006年5月19日	「責任とは」～法的責任と倫理的責任 朝日新聞朝刊 (2006年5月17日) 掲載	23名
2	2006年6月16日	「謝罪とは」 朝日新聞朝刊 (2006年6月22日) 放映	28名
3	2006年7月20日	「組織と個人」	21名
4	2006年8月24日	事故に対する医療者と患者・家族の見方のギャップ	22名
5	2006年9月28日	医療者間のコミュニケーションを考える	20名
6	2006年10月20日	困ったシリーズ1 「困った患者・家族」	17名
7	2006年11月29日	困ったシリーズ2 「困った医療者」	13名
8	2006年12月21日	困ったシリーズ3 「困った上司・部下」	24名
9	2007年1月16日	これまでの研修会から 医療生活ほっとモーニング (2007年1月11日) 放映 NHK・ETVワイド ともに生きる (2007年3月10日) 放映	22名
10	2007年2月22日	ハーバード謝罪マニュアルを読んでみよう 「再度一謝罪を考える」 (その1)	17名
11	2007年3月22日	ハーバード謝罪マニュアルを読んでみよう 「再度一謝罪を考える」 (その2)	18名
12	2007年4月27日	ハーバード謝罪マニュアルを読んでみよう 「研修医が事故を起こした場合」 (その3)	31名
13	2007年5月31日	ハーバード謝罪マニュアルを読んでみよう 「合併症」 (その4)	36名
14	2007年6月21日	ハーバード謝罪マニュアルを読んでみよう 「合併症」 (その5)	33名
15	2007年7月19日	若菜マークと、「心配ない」「大丈夫」という言葉を考える 読売新聞朝刊 (2007年8月14日) 掲載	40名
16	2007年8月20日	患者家族と医療者が対話するためにADRを考える	32名



研修会の様子

院内ADR研修のテーマ

参加者：院内・院外、職種を問わず、自由参加とした。
 期間：2006年4月～現在に至るまで、毎月1回。
 方法：下記のテーマに沿って、参加者間で自由な意見交換（対話）を促進するための研修会を実施した。

17	2007年8月27日	患者家族の要望に医療者はどこまでこたえらるべきか	約40名
18	2007年10月31日	医療事故の教訓をどのようにして病院・職員に伝えていくのかー患者の立場に立ち	約40名
19	2007年11月28日	うそをつかない、真実を語る	約35名
20	2007年12月26日	リスクの高い医療において、患者さんの同意はどのような意味をもつか	約30名
21	2008年1月16日	先生の「おかげです」と、先生の「せい」ですとを分けるもの	15名
22	2008年2月14日	医師はなぜ医療安全に消極的なのか、医師を医療安全活動に参加させるための工夫を考える	15名

21

院内Mediationの実践

医療への不満や医療事故を巡って、医療者と患者・家族との間の対話をメデイエーターとして促進する実践を行っている。院内メデイエーター（セフティマネージャー）として適宜対応し、更に院外メデイエーター（医療者ではない第三者）のサポートを得ている。



「医療者には、心から謝りたいと思っています。組織の中で苦しむ人もいる。一方で、事故後に病院が安全対策を探っているのに、知らされないまま、ずっと苦しい思いを続ける被害者もいる。」

「対話を重ねれば、患者と医療者がお互いに気づき合うことも多い。悲劇を繰り返さないためには、何よりも医療の安全を念頭に置かなければならない。責め続けるだけではいけない。」

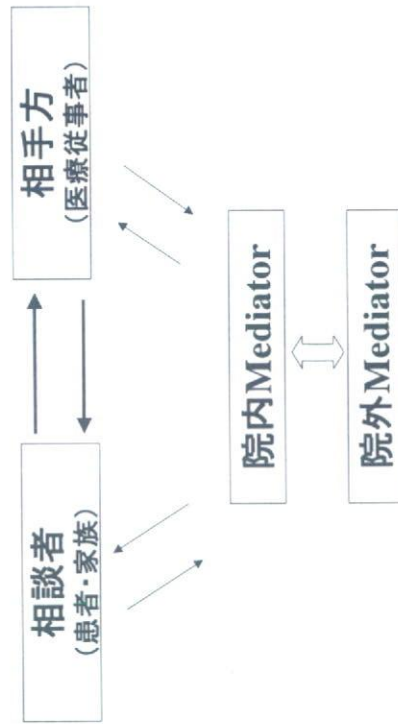
23

謝罪とは・・・

- 患者が謝罪を求めるのは、自分たちと向き合ってくれ、存在を認めてくれというサインではないか？ それに答えることで信頼を回復する。
- 患者が謝罪を求めるのは、対話の断絶を恐れているから、謝罪の場は一度しかないと思ってしまう。これで終わりにされる不安がある。
- 病院側の原因究明が先（事実が分かってから）という考えには、患者には反発もある。話を聴くこともなく、「今は答えられない」という反応では、待つことが苦しい。
- 事故が大きければ大きいほど、医療者としては謝りにくく、事故が大きければ大きいほど、患者らは謝って欲しい。
- 医療者としての本音では、求められたことを医療は全部できないし、できないことについて謝れというのは無理。分かっているしと医療者は考える。しかし、「分かっているし」という思いが先に出ると、患者側としては受け止められない。
- 謝罪は点ではなく、また終わりでなく、これから患者らと対話を続けるという入り口に過ぎないのではないか？

22

医療メデイエーター



24

医療者の倫理的義務 なぜ、話し合うのか

ADR（裁判外紛争解決）とは、医療における法的な責任を回避するためや、医療管理として行われるのでは、患者・家族から理解を得られないのではないが。

患者・家族としっかりと向き合うことが、医療者の倫理的な責任であるし、医療過程ではないか。

メデイエーション・Mediationとは、事故の被害者・加害者が、事故の“当事者”で、同じ被害者であることを確認する過程を支える。

Ⅱ－８ 集合モデルプログラム案（２）について

本研究班で、前項までの集合研修プログラム案（１）を検討する中で、集合研修プログラム案（２）の検討を行なう事になった。

看護師の行政処分は概ね６ヶ月以内で、長期の業務停止による、現場復帰への不安感を持つものは少ないと考えられる。

しかし、長期にわたる業務停止に至った場合やその他様々な理由によって、職場復帰への不安のあるものが生じる可能性がある。

また、近年、医療現場以外でもＡＥＤが設置され医療職者以外の人々（国民が）による救命救急処置を行なうことが期待されるようになり、医療の専門家へのより高いレベルの技術の提供が迫られていることから、これらの救命救急処置についての具体的なシミュレーション教育の導入の可能性も考えられた。

そこで、救命救急に造詣の深い坂本哲也教授から救命救急処置のシミュレーション教育について特別寄稿をいただき、これを盛り込んだ集合研修モデルプログラムを作成した。

このプログラム案（２）と、救命救急処置のシミュレーション教育について紹介する。

Ⅱ－９ 集合研修モデルプログラム案（２）

集合研修 1 日目

時間	項目	ねらい・目的	内容	学習方略
9:00-9:40	受付			
9:45-10:00	オリエンテーション			
10:00-10:20	導入：再教育制度について	・再教育の目的の理解と受講にあたっての動機づけ	○再教育の目的と位置づけ ○プログラムの概要と注意事項	資料説明
10:30-12:00	看護職の倫理と責任	・看護職者として現場復帰するにあたり、責任と役割を再確認する。	○関係法規についての基本的理解 ○法律上の役割と責任範囲 ○看護職に求められる倫理と責任（倫理綱領、説明義務、守秘義務、善管注意義務など）	講義
12:00-13:00	昼食			
13:00-14:20	安全確保に必要な知識と看護業務の安全確保	・安全が損なわれる要因と医療現場の安全確保について考える	○人間の認知、知覚の特性 ○エラー発生の要因 ○リスク回避のための方法（個人の行動を中心に）	ゼミ形式
14:20-14:30	休憩			
14:30-15:30	チーム医療とコミュニケーション	・多職種が協働して医療を提供するにあたっての看護職者の役割を理解し、適切に情報伝達を行う方法を学ぶ。	○チーム医療実践における情報共有の重要性と看護職者の役割 ○医療におけるコミュニケーションの特徴 ○適切に情報伝達を行うための方法	講義
15:30-16:00	一日コース	コースのまとめ 修了手続き	○必要な手続きについて ○質疑	資料説明
	二日コース	解散		

集合研修 2 日目

時間	項目	ねらい・目的	内容	学習方略
9:00~9:30				
9:30~11:00	医療場面のシミュレーション・トレーニング	・蘇生のシミュレーション体験を通して基本的な技術を再学習する。 ・技術の再学習を通じて、職場復帰への自信を培う。	○BLSのシミュレーション	演習
11:00~11:10	休憩			
11:10~12:30	患者-医療従事者間のコミュニケーション	・患者、家族との間に信頼関係を形成するために必要な態度、技術を学習する。	○患者、家族との面談場面のロールプレイ ○ロールプレイに基づくフィードバック ・患者からの情報収集や、退院指導などの一般的な面談場面を想定 ・傾聴、相手の理解の確認など、基本的な技術を含む	ロールプレイ 講義
12:30~13:30	昼食			
13:30~13:45	コースのまとめ	・復帰に向けての準備状態の確認と疑問等の解消。		
13:45~14:30	課題研究コース	・必要な課題事項の確認と今後の手続きを理解する。	○課題研究の目的 ○課題研究及び記述による報告に求められる要件 ○今後必要な手続きと窓口について ○質疑	資料説明と質疑応答
	個別研修コース	・個別研修と今後の手続きを理解する。	○個別研修の目的 ○個別研修プログラム作成に求められる要件 ○今後必要な手続きと窓口について ○質疑	資料説明と質疑応答

Ⅱ－１０ 特別寄稿：集合研修に心肺蘇生のシミュレーション（BSL） 教育を取り入れる場合

坂本 哲也
杉浦 立尚
佐久間あゆみ

研究要旨

「行政処分を受けた保健師・助産師・看護師に対する再教育に関する検討会」の報告書の方針に沿って行政処分を受けた保健師、助産師、看護師に必要な研修の内容並びに具体的な教育方法についての検討を行い、再教育のためのモデルプログラムを作成する。

本報告書では、行政処分を受けた保健師・助産師・看護師が現場復帰するにあたり最も不安が強いと考えられる患者急変時の基礎的対応としての心肺蘇生に関する知識・技術の修得について具体的な典型事例に対するモデルプログラムを作成している。

A. 研究目的

本研究では、「行政処分を受けた保健師・助産師・看護師に対する再教育に関する検討会」の報告書の方針に沿って行政処分を受けた保健師、助産師、看護師に対して必要な研修の内容並びに具体的な教育方法について検討を行い、再教育のためのモデルプログラムを作成することを目的とする。本報告書では、心肺蘇生に関するシミュレーショントレーニングを対象とする。

B. 研究方法

本研究においては、行政処分により業務停止となっている期間を考慮する。また、臨床現場の復帰にあたり、処分事由によらず最も普遍的に効果的な指導法を考慮する。

C. 研究結果

本研究の結果により、モデルプログラムおよびその教材開発により、再教育制度の実効性を高める。それだけでなく、再教育を施行する指導者等の資料としても活用できるものとする。上記を勘案すると、本研究においては、学術的な論点の探求よりは、臨床経験から離れ臨床実技が低下している看護師等に対して、心肺蘇生法をシミュレーショントレーニングを通じて学ぶものとしている。

D. 考察

心肺蘇生に関する再教育のためのモデルプログラムを具体的に検討する。

学習目標：病院において患者の状態が急変することは決して珍しい事ではない。その中でも患者に接する時間の長い看護職はその第一発見者になる事が多い。このような労働環境

では、発見者が適切な一次救命処置法を修得しており、その迅速なる実践こそが患者救命への礎である。ここでは、心肺蘇生に関する基礎的な技術・知識を修得する。

- 学習項目：
1. 救命処置法の歴史
 2. 成人の一次救命処置
 - 1) 一次救命処置 (BLS : basic life support) とは
 - 2) 救命の連鎖
 3. 心肺蘇生
 - 1) 周囲の安全確認と完全防御
 - 2) 反応の確認
 - 3) 応援要請と資器材の手配
 - 4) 心停止の判断
 - 5) 人工呼吸
 - 6) バックバルブマスクによる人工呼吸
 - 7) 胸骨圧迫
 - 8) 胸骨圧迫と人工呼吸の組み合わせ
 4. AED
 - 1) AED の自動解析
 - 2) 電極パッド
 - 3) CPR と電気ショックの優先順位
 - 4) 電気ショック直後の胸骨圧迫
 - 5) 基本的使用手順
- (付録：インストラクターコンセンサス)

学習方法：事前学習と実際のシミュレーションによる実践教育（成人教育原理に基づく）

1. 救命処置法の歴史

世界において心肺蘇生法は、アメリカ心臓協会（AHA : American Heart Association）が、1974 年より CPR 法と救急血管治療のガイドラインを定期的に発表していた。さらに、ガイドラインを効果的に指導する為に教科書を出版し、ACLS プロバイダーコースを医師・コメディカルを対象としてアメリカ国内各地で講習会をおこなっていた。2000 年には、国際蘇生連絡協議会（ILCOR）とともにグローバルスタンダードとしての“Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care”（以下国際ガイドライン 2000 と略す）が刊行された。

一方、日本においては、1990 年頃より茅ヶ崎徳州会病院の青木重徳医師（現 NPO 法人 ACLS 協議会理事）を中心とし、ACLS 研究会が 2 日間の講習会を開催。

日本医師会救急蘇生法教育検討委員会は 1993 年に一般市民用の「救急蘇生法の指針」を、1994 年に医師用を上梓した。その後国際ガイドライン 2000 の発表を受け、2001 年に一般市民用を、2002 年に医師用を改訂した。2000 年には ACLS を広める会（代表：野田英一郎医師）が心肺停止患者に限定した一日の講習会を開催された、このことが、ACLS を全